TABELLA MENSILE REGISTRAZIONE ORARIO STRAORDINARIO					
COLLABORATORE SCOLASTICO					
GIORNO	GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE	PER LA SOSTITUZIONE DI / O LA RIUNIONE DEL
MESE					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
TOTALE					

Il sottoscritto/a collaboratore scolastico dichiara che nei giorni sudetti si è fermato oltre il proprio orario di servizio chiede pertanto che il suddetto lavoro straordinario sia compensato da recupero orario nei periodi d'interruzione dell'attività didattica o a discrezione del DSGA in funzione delle esigenze di servizio.

IL DSGA
Rag. Marco Bielli

FIRMA